FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN MERCIER

Né à Paris le 26 Mars 1896

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ŒDEMES PALPEBRAUX

Président de Thèse : M. le Professeur TERRIEN

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—

1926

LE DOYEN..... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	GUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
LGLAVE.....	Pathologie chirurgic^{le}.
BRAMI.....	Pathologie médicale.
UBERTIN.....	Pathologie médicale.
ASSET.....	Pathologie chirurgic^{le}
AUDOUIN	Pathologie médicale.
INET.....	Physiologie.
LANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
RANCA.....	Histologie.
RULÉ.....	Pathologie médicale.
USQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
ADENAT.....	Pathologie chirurgic^{le}.
HAMPY.....	Histologie.
HIRAY.....	Pathologie médicale.
LERC.....	Pathologie médicale.
EBRÉ.....	Hygiène.
de JONG..	Anatomie pathologique.
UVOIR.....	Médecine légale.
CALLE.....	Obstétrique.
IESSINGER.....	Pathologie médicale.
OIX.....	Pathologie médicale.
ARNIER.....	Pathologie expériment.
ARVIER.....	Pathologie médicale.
EITZ-BOYER...	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE....	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie
LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic^{le}.
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgic^{le}
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic^{le}
MONDOR.....	Pathologie chirurgic^{le}
MOURE.....	Pathologie chirurgic^{le}
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils.....	Physiologie.
TANON.	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
OUGEROT.....	Pathologie médicale.
UÉNIOT.....	Obstétrique.

M.	
RETTERER.....	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL LAVASTINE..	Clinique médicale.
LEREBOULLET..	Clinique médicale infantile.

MM.	
LERI.....	Clinique médicale.
LŒPER.....	Clinique médicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.

CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 decembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A M. LE PROFESSEUR TERRIEN

Professeur de Clinique Ophtalmologique

à l'Hôtel-Dieu.

Qui nous a fait l'honneur de présider notre thèse.

A M. LE DOCTEUR LEGRY

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine;

Médecin des Hôpitaux;

Membre de l'Académie de Médecine.

En témoignage de gratitude pour l'intérêt qu'il nous a porté au cours de nos études.

A M. LE DOCTEUR LEOPOLD LEVI

Qui nous a procuré le sujet de ce travail et qui nous a conseillé.

INTRODUCTION

A sa consultation de l'Hôpital Beaujon, le Docteur Léopold Lévi attirait notre attention sur l'importance que présentent les symptômes rangés en clinique sous le nom de « petits signes ».

Leur recherche systématique développe la faculté d'observation. Celle-ci nous permet de distinguer immédiatement les caractéristiques d'un individu, qui sont formées par un ensemble d'anomalies (de formes, de dimensions, de colorations, etc.), anomalies qui, pour la plupart, sont la marque d'un trouble pathologique héréditaire ou acquis.

La connaissance de ces petits signes permettra au praticien de diriger son interrogatoire, souvent même de devancer le malade dans ses réponses, et ce dernier dominé par des questions précises se rapportant à ses troubles, subira l'ascendant de celui qui l'examine, et facilitera sa tâche.

L'œdème des paupières est un des syndromes le plus fréquemment rencontré. Nous nous en proposons l'étude dans les pages qui vont suivre.

Nous avons l'intention, en outre, d'attirer plus par-

ticulièrement l'attention sur ces œdèmes qui se manifestent sous forme de tuméfactions réparties à la surface des paupières en des points déterminés, et d'envisager, pour expliquer cette disposition, l'hypothèse d'une raison anatomique.

Nous débuterons par un aperçu anatomique de la région, auquel fera suite l'étude clinique qui comprendra la description des œdèmes palpébraux et les principales affections dont ils sont le symptôme. La pathogénie en sera indiquée dans un chapitre suivant et nous consacrerons le dernier au diagnostic.

CHAPITRE PREMIER

APERÇU ANATOMIQUE

Configuration extérieure

Chaque paupière offre à considérer deux faces, deux bords.

Faces. — La face antérieure-convexe est divisée en deux parties par un sillon : le sillon oculo-palpébral. La portion située au-dessous répond au tarse et par son intermédiaire au globe oculaire; celle située au-dessus entre en rapport avec la cavité de l'orbite.

La face postérieure contribue à former le cul-de-sac conjonctival.

Bords. — Le supérieur se confond avec les parties voisines;

L'inférieur, ou bord libre, présente deux portions distinctes, une antérieure qui donne implantation aux cils; une postérieure, sur laquelle débouche les glandes de Meibomius.

Structure

En allant des plans superficiels au plan profond on rencontre successivement :

a) La peau, très élastique et très mince;

b) Le tissu cellulaire sous-cutané : très lâche, qui favorisera la collection à ce niveau d'œdème de sang, de pus;

c) Le muscle orbiculaire des paupières;

d) Le squelette, qui est formé de deux parties distinctes : le tarse et le septum.

Les tarses, membranes fibro-élastiques en forme de segment de cercle, s'unissent par leurs extrémités externe et interne pour aller s'insérer sur la paroi en formant les ligaments palpébraux.

Le septum, lui, s'insère d'une part, tout autour des tarses, et se fixe d'autre part au contour de l'orbite.

Ainsi la cavité orbitaire se trouve complètement fermée par cette membrane qui, très résistante dans sa partie moyenne formée des tarses, l'est beaucoup moins à sa partie périphérique, formée du septum. Comme nous le verrons, cette dernière se trouve en rapport avec la graisse de la cavité.

Rapports

1°) *Avec la cavité de l'orbite.*

Par sa partie supérieure formée du septum, la

paupière répond à la cavité. En effet, le septum, par sa face postérieure, est en rapport avec une sorte de diaphragme, formé par les expansions fibreuses qu'échangent entre eux, les muscles de l'œil, et aussi par celles qu'ils envoient à la paroi.

Ce diaphragme présente un certain nombre d'orifices, décrits par Charpy sous le nom d'orifices adipeux de l'orbite.

Ces orifices, au nombre de 5 : deux à la paupière supérieure, un supérieur, triangulaire, limité en haut par la paroi, en bas par le releveur, et s'étendant de la glande lacrymale au tendon du grand oblique; — un interne, rectangulaire, limité par le tendon du grand oblique en haut, la paroi en dedans, et l'aileron interne en bas.

A la paupière inférieure, nous trouvons 3 orifices : un interne, qui occupe l'espace compris entre l'aileron interne, la paroi et le petit oblique; — un inférieur entre le petit oblique et son expansion arciforme; — un inféro-externe, entre cette expansion, l'aileron externe et la paroi.

Immédiatement derrière, nous trouvons la couche graisseuse extra-musculaire de la cavité dont la quantité varie suivant les sujets. Cette graisse, probablement, par suite d'une faiblesse du septum, le refoule au-devant d'elle, après s'être engagée par les orifices ci-dessus décrits formant à la surface des paupières de de petites tuméfactions décrites sous le nom de : hernies graisseuses.

2°) *Avec la conjonctive qui double leur face postérieure.*

3°) *Avec l'appareil lacrymal.*

La paupière supérieure répond à la partie supéro-externe à la glande lacrymale, dont l'hypertrophie pathologique soulèvera la peau à ce niveau.

La paupière inférieure à sa partie interne répond juste au-dessous du ligament palpébral à la portion sous-ligamenteuse du sac lacrymal.

4°) *Avec le contour de l'orbite.*

5°) *Avec les sinus.*

Pour la paupière supérieure, le rapport avec le sinus frontal dont la paroi inférieure excessivement mince forme une portion de la voûte orbitaire;

Pour la paupière inférieure, rapport avec le sinus maxillaire.

Lymphatiques. — Les lymphatiques de la région se répartissent en deux réseaux : dont l'un se rend aux ganglions sous-maxillaires et l'autre au ganglion pré-auriculaire.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

Nous diviserons les œdèmes palpébraux en deux catégories : l'une comprendra les œdèmes blancs ou non inflammatoires, l'autre les œdèmes rouges ou œdèmes inflammatoires.

I. — ŒDEMES NON INFLAMMATOIRES

Ces œdèmes sont des plus variables quant à leur importance, leur évolution, leur aspect :

Discrets chez certains (thyroïdiens) au point qu'on peut les méconnaître, chez d'autres (rénaux, asystoliques) ils prennent au contraire une importance telle qu'ils deviennent un symptôme qui attire immédiatement l'attention du malade et du clinicien.

Leur évolution est sujette, également, à de grandes variations. Les uns affectent la forme aiguë, s'installant brusquement accompagnés de signes généraux

marqués; d'autres (néphrite chronique) se constituent insidieusement et augmentent régulièrement.

Leur durée varie de quelques heures (œd. zoster) à plusieurs mois ou plusieurs années (néphrite) avec des périodes de rémission suivant la sensibilité du traitement que présente le malade.

De plus, chez les thyroïdiens en particulier, on assiste au cours d'un même examen, à des modifications de l'œdème, comme si en dehors de l'affection causale qui en régit, la production et la disposition anatomique qui en commande la localisation, un autre facteur intervenait, pour en modifier l'aspect suivant les circonstances (température, émotion).

Les œdèmes blancs sont en général bilatéraux, avec parfois une prédominance d'un côté; cependant il en est qui restent unilatéraux, entre autres : l'œdème zoster, l'œdème de Quinke.

Les œdèmes se présentent suivant deux aspects. Dans un cas, les paupières sont infiltrées en totalité : c'est la forme diffuse; dans d'autres, l'œdème se manifeste par la présence, sur les paupières, de tuméfactions uniques ou multiples : c'est la forme localisée sur laquelle nous désirons attirer plus particulièrement l'attention.

Forme diffuse

Les paupières sont tuméfiées dans toute leur étendue. Nous noterons deux aspects nettement différents, suivant que l'on se trouve en présence d'un œdème récent ou d'un œdème chronique.

Dans le premier, il s'agit d'une infiltration qui n'intéresse que le tissu cellulaire sous-cutané. Le liquide d'œdème qui le distend repousse au-devant de lui la peau qui a gardé sa souplesse, qui s'amincit, et laisse voir par transparence les vaisseaux sous-jacents. Il se forme ainsi, dans les grands épanchements une tuméfaction diffuse, globuleuse qui, par son importance, empêche la découverte du globe oculaire.

La couleur en est variable; blanche chez les rénaux, rose ou bleu chez les cardiaques — l'asystolique en particulier.

Dans le cas d'un œdème chronique, l'infiltration intéresse également le derme, et donnera à la peau des caractères différents. Elle est épaissie, donne l'aspect de peau d'orange, elle a perdu sa souplesse, et au toucher on a la sensation de carapace. La tuméfaction a des limites moins nettes que dans la forme précédente, les tissus environnants étant infiltrés généralement.

Forme localisée

En opposition avec la forme précédente, l'œdème se présente alors non plus comme une infiltration diffuse de la paupière, mais sous l'aspect d'une ou plusieurs petites tuméfactions à limites plus ou moins nettes, disséminées à sa surface. Cette disposition a été décrite par de nombreux auteurs, entre autres Parinaud, Léopold Levi, Satler. Ce dernier écrit, au sujet de la maladie de Basedow : « Les œdèmes

fugaces et aussi les œdèmes plus durables ont été assez souvent observés; ils concernent la région située entre le sourcil et le cartilage tarse; plus fréquemment, encore, ce sont des œdèmes légers dans lesquels on note la présence de petites vésicules. »

Cette description nous paraît répondre à ce que nous avons observé. Chez les thyroïdiens, notamment, l'œdème affecte cette disposition. Parfois, ils ne sont porteurs que d'une seule tuméfaction qui siège généralement à la paupière supérieure ; plusieurs fois, chez les myxœdémateux, nous avons noté en plus de l'infiltration diffuse, la présence d'un relief plus accusé entre le tarse et le bord de l'orbite.

Chez d'autres malades, les tuméfactions sont multiples (quatre au maximum). Elles ne siègent jamais sur la portion qui répond au tarse. Et chez tous les sujets on les retrouve en des points déterminés. Elles se présentent au complet de la façon suivante :

A la paupière supérieure :

Elles sont au nombre de deux. Une siégeant à la partie supérieure, de forme allongée, et à limite peu nette. L'autre, plus petite, occupe l'angle interne : elle est sphérique et de contours nets.

A la paupière inférieure :

Deux tuméfactions également. Une à l'angle interne du grand axe transversal, qui paraît être en communication avec sa correspondante supérieure, la pression de l'une d'elle accentuant le relief de

l'autre. La seconde siège à la partie externe et vient à la rencontre de la précédente dont elle reste séparée par un sillon.

Ces tuméfactions sont dépressibles, indolores. L'œdème blanc, à localisation palpébrale, est symptôme d'affections les plus variées. Nous nous proposons maintenant de rappeler brièvement celles où, soit par sa précocité, soit par son intensité, il acquiert une importance particulière. C'est ainsi que nous omettrons, entre autres, les œdèmes cardiaques, dont la localisation aux paupières ne se fait qu'aux périodes très avancées des cardiopathies. Ce symptôme ne prend alors qu'une valeur très secondaire dans le diagnostic.

Nous adoptons l'ordre suivant :

1) Œdèmes rénaux;

2) Œdèmes thyroïdiens;

3) Œdèmes toxiques, dans lesquels nous rangeons les œdèmes d'origine anaphylactique;

4°) Œdèmes non classés définitivement.

1. Œdèmes rénaux

La constatation d'un œdème palpébral fait penser immédiatement à une lésion rénale et soupçonner l'albuminurie, ceci parce que, durant longtemps, on accusa l'albumine d'être cause de l'hydrémie, qui à son tour, produisait l'œdème.

Les travaux d'Achard-Vidal et de leurs élèves ont montré combien son mécanisme était complexe, que

le rein n'était souvent pas en cause, et que lorsqu'il l'était, l'albumine manquait dans certains cas.

Néanmoins, étant donnée sa fréquence, c'est à cette origine qu'il faut d'abord penser.

Toutes les affections rénales sont susceptibles de s'accompagner d'œdème palpébral. Mais il en est quelques-unes où cet œdème est, durant un temps, le seul signe.

Parmi les néphrites aiguës, nous citerons :

La néphrite suite de scarlatine, qui s'installe insidieusement, alors que le malade entre en convalescence. Subitement la température augmente et on note un œdème léger des paupières. Si on examine les urines, à cette période, on ne trouvera parfois pas trace d'albumine, et ce n'est que les jours qui suivront qu'elle paraîtra en quantité abondante.

Egalement dans les formes bénignes, de néphrites spécifiques de la période secondaire, le premier signe de l'atteinte rénale sera un gonflement des paupières qui se sera constitué brusquement.

Enfin, nous rappelerons que dans la néphrite chronique l'apparition de l'œdème palpébral, attirera l'attention sur une rétention chlorurée, en voie de constitution, qui pourra se surajouter à des troubles de rétention azotée, existants déjà.

2. Œdèmes thyroïdiens

Les œdèmes d'origine thyroïdienne sont les plus

fréquents après ceux relevant d'un trouble rénal.

Ce sont en général des œdèmes blancs :

Ils se présentent, soit sous forme d'une grosse infiltration diffuse, offrant les caractères de l'œdème chronique; la peau donne, au toucher, la sensation d'une carapace (myxœdémateux). De plus, la paupière supérieure est souvent le siège d'une tuméfaction plus accentuée.

Chez le plus grand nombre, il s'agit d'un œdème insidieux dont le malade s'est rendu compte un matin, au réveil, et auquel il prête attention à dater de ce jour. Cet œdème léger disparaît au cours de la journée, pour s'installer à nouveau le matin suivant, ou persiste des jours et des semaines, disparaissant par périodes pour réapparaître à l'occasion d'une émotion, d'une fatigue.

C'est chez ces malades que nous avons constaté le plus fréquemment la répartition de l'œdème sous forme de petites tuméfactions localisées.

La caractéristique de ces œdèmes est leur instabilité que l'on peut constater non seulement d'un jour à l'autre, mais encore au cours d'un même examen.

A noter, de plus, leur grande sensibilité au traitement opothérapique.

Chez les sujets atteints d'hypothyroïdie bénigne chronique (L. Levi) ce symptôme, par sa fréquence mérite d'être ajouté aux autres petits signes révélateurs de cette affection (canitie, absence du tiers externe du sourcil, sensibilité au froid, troubles digestifs). De même chez les instables, où la symptoma-

tologie est faite de signes qui, les uns, traduisent un fonctionnement exagéré, les autres une insuffisance de la sécrétion glandulaire.

L'œdème est signalé dans la maladie de Basedow. Parinaux rapporte à ce sujet l'observation suivante :

« La malade présente une tuméfaction qui occupe « les paupières supérieures. Elle siège sur la partie « membraneuse et respecte en partie la portion tar- « sienne : il ne s'agit donc pas d'œdème, le doigt ne « laisse pas d'empreinte, la peau n'est pas tendue, est « flasque et présente un développement anormal de « petits vaisseaux.

« On distingue comme des varicosités sous-cuta- « nées. Cette tuméfaction n'occasionne pas de ptosis.

« Cette tuméfaction peut accompagner l'exoph- « talmie, mais je l'ai observée chez deux malades « sans que le globe présentât une saillie appréciable, « et c'est précisément dans ces deux cas que la tumé- « faction était la plus prononcée, à ce point que, chez « l'un de ces malades on avait cru à une *infection* « *inflammatoire* et appliqué des sangsues au contour « de l'orbite.

« J'ajouterai que chez ces deux malades, je n'ai « pas trouvé non plus de goitre, mais il y avait de « l'accélération du pouls, du tremblement des mains; « il s'agissait, d'après le diagnostic de M. Charcot, « d'un goitre frustre.

« Cette tuméfaction paraît être de même nature « que celle du tissu cellulaire de l'orbite, qui produit « l'exophalmie; chez certains individus, la tuméfac-

« tion aurait de la tendance à se produire extérieu-
« rement en raison sans doute de certaines disposi-
« tions anatomiques. »

Nous avons relaté cette observation en entier parce qu'elle nous a paru présenter un certain nombre de points intéressants.

1) La présence d'une tuméfaction qui siège uniquement sur la portion membraneuse dans l'observation de Satler relatée plus haut, la même constatation est faite.

2) L'erreur possible avec un œdème inflammatoire, erreur signalée également par L. Levi au sujet d'une instable thyroïdienne (physiopathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse, page 57).

3) La possibilité d'une disposition anatomique qui conditionnerait la production de cette tuméfaction, hypothèse que nous avons l'intention d'envisager ultérieurement pour expliquer la répartition de ces œdèmes localisés.

D'autres fois, l'œdème est le signe précurseur de la maladie de Basedow ou marque une rechute. Satler rapporte l'observation de Sydney Stephenson « d'un garçon de 12 ans soigné pour gonflement à répétition des paupières supérieures diagnostiqué œdème angioneurotique; quatre mois après apparurent les signes certains d'une maladie de Basedow ». Chez un autre malade le gonflement des paupières fut le premier signe qui fit consulter un médecin. Le même auteur cite des observations de Scratchley, Kocher, Landstrom, d'où il ressort le caractère

précoce de l'œdème palpébral dans la maladie de Basedow et le fait que parfois c'est uniquement pour ce symptôme que le malade vient consulter.

En résumé, chez les thyroïdiens l'œdème est un symptôme fréquent. Il se présente le plus souvent, sous forme de tuméfaction, unique ou multiple, et dans ce cas, il respecte le tarse. Il est sujet à variation. Il est rapidement influencé par l'opothérapie.

Cet œdème est dû à une intoxication par mauvais fonctionnement de la glande (insuffisants et instables thyroïdiens) à laquelle se surajoute chez les basedowiens l'insuffisance cardiaque, conséquence des accès de tachycardie répétés.

3. Œdèmes toxiques

Parmi les œdèmes toxiques nous citerons :

a) les œdèmes palpébraux, occasionnés par un traitement au novarsénobenzol.

Ces œdèmes, associés ou non à des éruptions, s'installent brusquement quelques instants après la première injection.

Leur évolution s'accomplit en quelques heures et s'accompagne de signes généraux, température, vomissements, etc...

D'autres fois, l'œdème n'apparaît que quelques jours plus tard.

Pour Lian, l'arsénobenzol serait un poison du sympathique qui provoquerait l'œdème par paralysie vasomotrice.

b) Les œdèmes qui se manifestent à la suite de piqûre de sérum. Comme les précédents, ils peuvent se déclarer soit peu de temps après l'injection, soit huit jours après.

c) Enfin, on a signalé chez certains sujets soumis au traitement par les iodures l'apparition d'œdèmes palpébraux qui se surajoutent aux autres signes d'intoxication.

4. Œdèmes non classés définitivement

Nous rangerons dans ce chapitre un certain nombre d'affections qui ont une étiologie complexe.

Maladie de Quinke

Appelée encore tachyœdème ou œdème angio-neurotique, cette affection présente quelques analogies avec les œdèmes thyroïdiens, auxquels d'ailleurs, certains auteurs les rattachent.

Il se présente de façon suivante :

Œdème, le plus souvent unilatéral, circonscrit, intéressant souvent le visage et en particulier les paupières. Cet œdème s'établit en quelques heures, puis disparaît progressivement en quelques jours, sans laisser de traces, ou encore, est remplacé par une tuméfaction des régions avoisinantes qui cèdent à leur tour. Les signes généraux sont discrets (léger mouvement fébrile, troubles intestinaux, démangeaisons).

Ce qui caractérise cette affection c'est sa tendance aux rechutes à l'occasion d'une fatigue.

Ceux qui y sont sujets sont en général des neuro-arthritiques enclins aux migraines, aux crises d'asthme, aux arthralgies, etc...; la crise serait déclanchée par une intolérance alimentaire. La localisation de l'œdème serait due à une irritation périphérique : froid en général.

Œdème Zoster

C'est un œdème unilatéral, localisé uniquement aux paupières. Le début est marqué par de la température, des courbatures, de l'insomnie, puis un ou deux jours après, s'installent des douleurs dans la sphère de la branche ophtalmique du trijumeau, s'accompagnant parfois de paralysies faciales, puis la douleur se calme et on assiste à l'apparition d'un œdème mou, rose, indolent, qui disparaît en deux jours.

Il s'accompagne de myosis et de douleur à la pression au niveau du point sous-orbitaire.

II. — ŒDEMES INFLAMMATOIRES

Les œdèmes inflammatoires sont généralement unilatéraux. Ils sont chauds; ils sont le siège d'élancements; ils sont douloureux à la pression. La peau qui les recouvre est rouge, violacée : elle garde l'empreinte du doigt qui la déprime. Elle est tendue,

épaissie au point qu'il est difficile de récliner les paupières.

L'œdème intéresse les deux paupières ou une seule en totalité ou en partie. Dans les œdèmes importants, l'engorgement ganglionnaire est la règle et on devra le rechercher au niveau du ganglion préauriculaire, ou du groupe sous-maxillaire.

En présence d'un œdème inflammatoire des paupières, quelle qu'en soit sa cause, il y aura toujours lieu d'envisager la propagation de l'infection au tissu cellulaire de l'orbite ou à la veine ophtalmique, complication d'un pronostic grave, et que la recherche des signes oculaires permettra de dépister.

L'origine de l'œdème reconnaît une cause locale; il est consécutif à une infection de la région qui intéresse, soit peau et ses annexes, soit le tissu cellulaire de l'orbite, les voies lacrymales, la conjonctive, l'œil.

Infection portant sur la Peau ou ses Annexes

Œdème malin. — Affection due au bacillus Anthracis, qu'il est important de dépister dès le début. L'œdème malin se localise dans sa forme de début aux paupières ou il se présente comme une tuméfaction pâle, jaunâtre, demi-transparente, développée au point de gêner la découverte du globe dans sa forme classique; il est caractérisé par une escarre centrale qui tend à s'agrandir, et qui est entourée de petites vésicules; mais il n'est pas rare qu'au début, l'escarre et sa couronne vésiculaire manquent. Ce

n'est qu'ultérieurement que le gonflement gagnera la joue, le cou, le tronc que la peau sera marbrée de traînées lymphangitiques, et qu'à sa surface se disposeront des phlyctènes.

Orgelet. — Dû à l'inflammation des glandes pilosébacées annexées aux cils ou aux glandes de Meibomius, se traduit par un œdème parfois considérable. En un point, on note une douleur beaucoup plus prononcée, et parfois un point blanc qui indique le siège de la lésion.

Erysipèle. — Il est rare que le point de départ soit à la paupière, ce n'est que secondairement qu'elle aura été envahie par l'œdème. L'œdème déborde la région, et à sa périphérie il est limité par un bourrelet et surtout appréciable au toucher.

Enfin, les paupières seront le siège d'œdème dans les cas d'éruptions (eczema-herpès), de piqûres d'insectes (moustiques, abeilles), de furoncle de la queue du sourcil, ou la paupière supérieure sera le siège d'une tuméfaction très accusée.

Infections portant sur la cavité de l'Orbite

Phlegmon de l'orbite. — Il est consécutif à un érysipèle, à une sinusite (maxillaire plus particulièrement) et d'une façon générale il est une complication des infections du voisinage. Il s'accompagne d'un œdème dur, tendu, généralement plus accentué au niveau de la paupière supérieure, excessivement

douloureux, gardant l'empreinte de l'ongle. En raison de sa dureté, il est très difficile de soulever la paupière pour apprécier l'état de la vision, qui est très rapidement éteinte. L'œdème intéresse la conjonctive également, l'œil est projeté directement en avant.

A ces signes locaux s'ajoutent des signes généraux (céphalées, vomissements, fièvre), qui sont moins marqués que dans la phlébite de la veine ophtalmique.

L'ostéo-périostite du rebord orbitaire s'accompagne d'œdème de la paupière. Cet œdème est moins accentué que dans les affections précédentes. La palpation au point qui correspond à la lésion permet de percevoir un relief plus accentué du rebord osseux, et s'accompagne d'une douleur très accusée. L'œil est dévié.

Infections intéressant les Sinus

C'est surtout la sinusite frontale qui s'accompagnera d'œdème en raison de l'extrême minceur de la paroi inférieure du sinus. Cet œdème se localise à la partie supéro-interne de la paupière supérieure, formant une tumeur molle, non douloureuse, à évolution lente; l'œil est légèrement déplacé en dehors et en bas.

Infections de l'Appareil lacrymal

Conjonctivites. — Les conjonctivites, et en particulier les conjonctivites blennorragiques, s'accom-

pagnent constamment d'œdèmes palpébraux bilatéraux, parfois volumineux, sensibles à la pression. En même temps que l'on constate une infection de la conjonctive et la présence d'une sécrétion purulente, le ganglion pré-auriculaire prend parfois l'aspect phlegmonneux.

La dacryoadénite, ou inflammation de la glande lacrymale, se présente sous l'aspect d'un œdème localisé à la partie supéro-externe de la paupière supérieure, avec parfois légère exophtalmie.

Dacryocystite aiguë. — Les paupières prennent un volume considérable : la peau est rouge; la pression est douloureuse, particulièrement à l'angle interne, où la tuméfaction est également plus marquée.

CHAPITRE III

PATHOGENIE

Œdèmes blancs

Des facteurs d'ordre général provoquent la formation du liquide d'œdème; d'autres, d'ordre local, interviennent pour l'attirer aux paupières.

Les mécanismes qui commandent la production de l'œdème varient avec les infections, dont il est le symptôme. Leur exposition dépasse le cadre de ce travail. Nous rappellerons que plusieurs théories sont en vigueur. théorie de la chlorurémie, théories toxique, nerveuse, mécanique.

Causes locales

1) Laxité du tissu cellulaire sous-cutané, souplesse de la peau, sont les conditions favorables à la collection d'œdème à ce niveau.

2) On connaît l'importance des traumatismes pour sa localisation; de par leur situation, les paupières.

régions découvertes, y sont particulièrement sujettes ainsi qu'aux variations de température.

3) Pourquoi, dans certains cas, l'œdème, au lieu d'infiltrer les paupières en totalité, se localise-t-il uniquement en certains points de leur surface ?

Nous pensons qu'il faut en voir l'explication dans la structure anatomique de la région.

Nous avons vu plus haut, que les paupières offrent à considérer deux régions distinctes : une, résistante, répondant au tarse; l'autre, plus fragile, répondant au septum. Or, ce septum est en rapport par sa face postérieure avec la cavité de l'orbite dont il est séparé par un diaphragme; ce diaphragme est constitué par les expansions que les muscles de l'œil s'envoient entre eux et celles qui les relient à la paroi, limitant ainsi un certain nombre d'orifices. C'est au niveau de ces orifices que le septum présente ses points faibles. Or, la topographie des poches d'œdème se superpose exactement à eux.

On peut alors se demander si cette fragilité du septum qui explique la formation des hernies graisseuses ne saurait également s'appliquer à ces œdèmes localisés.

Œdèmes inflammatoires

Quant aux œdèmes inflammatoires ils ne reconnaissent que des causes locales.

Toutes infections intéressant la paupière, ses cils, ses glandes ou les régions avec lesquelles elle est en rapport immédiat, entraînera obligatoirement la for-

mation d'un œdème. Celui-ci représente un mode de défense contre l'infection.

Il se constitue par suite de l'irritation des terminaisons nerveuses qui entraîne une vaso-dilatation réflexe.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

I. — DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

En présence d'un malade présentant une tuméfaction des paupières, avant de conclure à l'œdème, on éliminera :

1° L'emphysème sous-cutané :

On trouvera, dans ce cas, la crépitation neigeuse, à la palpation digitale. Cet emphysème se sera constitué à la suite d'un traumatisme ou d'un cathétérisme des voies lacrymales.

2° L'hématome palpébral, dû également à un traumatisme de la région.

3° Le chalazion pourrait prêter à confusion avec les œdèmes localisés, mais il est de consistance dure, et il siège sur le tarse, auquel il adhère.

4° La tuméfaction du sac lacrymal sera éliminée par ce fait qu'elle disparaît à la pression, manœuvre qui provoque l'écoulement du pus par les points lacrymaux.

5° La dacryoadénie chronique, qui est une hypertrophie de la portion palpébrale de la glande lacrymale. Elle se présente comme une tumeur dure et indolore, siégeant à l'angle supéro-externe de l'orbite.

6° Les tumeurs de l'orbite : l'encéphalocèle, qui prend parfois l'aspect d'une mucocèle du sac lacrymal.

Les kystes séreux, congénitaux, qui siègent presque toujours à l'angle inféro-interne.

7° Enfin, et surtout, chez les gens âgés, il faudra songer aux hernies graisseuses. Les tuméfactions sont molles, elles peuvent être multiples et siègent, comme les œdèmes, aux mêmes points que nous avons signalés dans le Chapitre II. Mais, le plus fréquemment, c'est à la partie interne de la paupière supérieure, et au-dessous de la paupière inférieure, qu'on les rencontre. Au niveau de cette dernière, elle se présente comme une poche globuleuse et allongée, qui pend au-dessous du tarse.

II. — DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Il faudra, tout d'abord, distinguer l'œdème blanc de l'œdème inflammatoire. Si, dans la majorité des cas, le diagnostic est facile, il en est d'autres où il présente de sérieuses difficultés. Nous rappelerons, que souvent des poussées d'érysipèle furent prises pour des œdèmes transitoires et inversement.

Dans les cas douteux, la constatation de troubles

thyroïdiens ou arthritiques, l'absence de signes généraux feront poser le diagnostic d'œdème transitoire.

1. L'Œdème n'est pas inflammatoire

a) Il est bilatéral

1° *Il est récent.* — On pensera aux néphrites aiguës, suites de maladies infectieuses; la présence de l'albumine dans les urines confirmera cette hypothèse.

Une albuminurie massive, sans traces d'antécédents infectieux, sera la signature d'une néphrite spécifique de la période secondaire.

Les œdèmes toxiques seront ramenés à leur cause, par l'interrogatoire qui révèlera une injection récente de sérum de novar ou une intoxication alimentaire.

Parfois l'œdème s'est installé brusquement sans signes généraux nets. Les paupières sont tuméfiées au point de gêner la découverte du globe. Puis tout rentre dans l'ordre sans laisser de traces. Le malade est sujet aux crises d'asthme, d'urticaire, c'est un arthritique. Il s'agit d'un œdème de Quinke.

2° *Il est chronique.* — C'est au rein que l'on pensera en premier. La présence d'œdèmes concomitants, d'albumine (généralement d'ailleurs, en petite quantité), de signes d'azotémie ou de chlorurémie, confirmés par l'analyse de sang et d'urine, permettra d'affirmer la lésion rénale et sa nature.

Dans d'autres cas, les signes rénaux manquent ou sont masqués par l'importance des troubles, dont le

cœur est le siège. L'œdème des malléoles ne manque jamais et il a précédé de longue date celui des paupières.

Le diagnostic sera le plus souvent facile, car la cardiopathie est à un stade avancé.

L'absence de signes rénaux et cardiaques fera penser par élimination aux œdèmes thyroïdiens transitoires. On trouvera alors des troubles glandulaires et le traitement opothérapique confirmera le diagnostic par son efficacité rapide.

b) Il est unilatéral

L'œdème blanc est rarement unilatéral. Il peut être plus marqué d'un côté, mais l'examen attentif le met en évidence de l'autre côté également. Cependant, il est une affection qui se manifeste par un œdème blanc unilatéral, c'est celle que Sacquepée a décrit sous le nom d'œdème zoster. La symptomatologie très nette — névralgie du trijumeau — évolution en quarante-huit heures, faciliteront le diagnostic de cette affection assez rare.

2. — L'Œdème est inflammatoire

Il n'y a pas de signes généraux.

On recherchera l'existence d'une blépharite, d'un orgelet. On utilisera le toucher, de préférence à la vue. En effet, l'œdème parfois considérable masque le point d'inoculation, tandis que l'exploration digitale

réveillera une douleur très vive en un point limité. De même façon on éliminera le furoncle de la queue du sourcil.

Un écoulement muco-purulent par la fente palpébrale dénoncera une conjonctivite (dans les cas sérieux, l'œdème des paupières sera bilatéral). Le laboratoire indiquera l'infection en cours (gonocoque).

On pensera aux piqûres d'insectes ; l'interrogatoire confirmera ce diagnostic.

L'œdème s'accompagne de signes généraux.

La constatation d'une tuméfaction ou d'une douleur à la palpation plus accusée en une région, orientera vers la dacryoadénite aiguë, la dacryocystite, ou l'emphysème enkysté du sinus frontal. On se rappellera que dans la dacryocystite aiguë le maximum de douleur siège au-dessous du ligament palpébral interne, alors que dans l'empyème, c'est au-dessus.

L'ostéo-périostite se traduira par la présence d'un relief plus accusé en un point du pourtour de l'orbite; en cet endroit, la palpation réveillera la douleur. A des signes locaux et généraux intenses, s'ajoutent le chemosis, l'exophtalmie. On est en présence, soit d'un phlegmon de l'orbite, soit d'une phlébite de la veine ophtalmique.

Dans la phlébite, les signes généraux prédominent : les signes locaux ont tendance à devenir bilatéraux; la ténonite présente les mêmes signes que le phlegmon de la cavité mais en beaucoup moins accentués.

CONCLUSIONS

Les œdèmes palpébraux, symptômes rencontrés journellement en clinique, sont, soit des œdèmes blancs, soit des œdèmes inflammatoires.

Les œdèmes blancs traduisent un trouble rénal-cardiaque, thyroïdien ou toxique, et ils infiltrent les paupières, en raison de la laxité particulière du tissu cellulaire de la région.

Les œdèmes inflammatoires reconnaissent au contraire une origine locale. Ils marquent la réaction des paupières aux infections portant, soit sur les cils et les glandes dont elles sont pourvues, soit sur les organes avec lesquels elles entrent en rapport : cavité de l'orbite et son contenu, sinus, conjonctive, appareil lacrymal.

L'œdème revêt des aspects différents suivant qu'il est récent ou chronique, inflammatoire ou non. Parmi les œdèmes non inflammatoires, il en est une variété qui se distingue par ce fait que l'œdème se répartit à la surface des paupières, sous forme de tuméfactions isolées, les unes des autres, et siégeant en des points constants.

Or, ces tuméfactions qui n'occupent jamais le tarse, répondent exactement aux points faibles du septum, aussi, est-il permis de supposer que cette répartition de l'œdème trouve sa cause dans la structure anatomique de la région.

Vu : *Le Président*,
P. CARNOT.

Vu : *Le Doyen*,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

Achard. — Pathogénie des œdèmes. *Journal Médical Français*, n° 1, 1914.

Charpy. — Annexe de l'œil dans Poirier. Anatomie descriptive. Orifice adipeux de l'orbite. *Bibliographie anatomique*, 1908.

Feuillet. — Contributions à l'étude des œdèmes aigus circonscrits. *Thèse de Paris*, 1910.

Lévi (Léopold) et De Rotschild (H.). — Etude physio-pathologique du corps thyroïde et de l'hypophyse, Paris, Doin. *C.-R. de Société de Biologie*, 29 déc. 1906, séance du 29 déc. 1906, LXI, p. 745.

Le Calve. — *Thèse de Paris*, 1901. L'œdème, étude expérimentale et clinique, Paris (Masson 1925).

Milliard. — Des œdèmes dans la maladie Basedow. *Thèse de Paris*, 1888.

Satler. — Basedow'sche Kraukheit, graefe. *S. Hand buch*, Leipzig, 1908, C. XIV, t. IX.

Achard et Levi (Léopold). — Sémiologie de l'axe cérébro-spinal. Troubles vaso-moteurs, secrétoire et trophique, dans le *Traité de Médecine* de Gilbert et Carnot.

Vidal. — Abrami, Brissaud, Joffrin. *Société Médicale des Hôpitaux*, février 1914.

Pagniez. — *Nouveau Traité de Médecine*. Roger, Vidal, Teissier.

VIDAL, LEMIÈRE, JAVAL. — *Soc. Méd. E. D. H. O. P.* Presse 13-26, juin 1903.

MARTINET. — L'hydrémie. *Journal Médical Français*, n° 1, 1914.

TERRIEN et COUSIN. — *Affections de l'œil en Médecine générale* (Masson).

DESCHAMPS. — OEdème essentiel des paupières. *Clinique Ophtalmo.*, 1898.

TERRIEN. — *Ophtalmologie.* Baillières, Paris.

LAGRANGE et VALUDE. — *encyclopédie française d'ophtalmologie*, Doint, 1909.

SACQUEPÉE. — Sur les œdèmes aigus essentiels: L'œdème aigu cyclique. *Soc. Médic. des Hôpitaux*, 26 nov. 1909, p. 639.